

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE

1974

THESE

N^o.

53

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Christian SERRE

né le 18 octobre 1947 à TOULON (83)

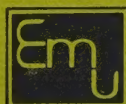
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ETUDE SUR 92 CAS D'HEMORRAGIES DIGESTIVES

PAR ULCERES GASTRO-DUODENaux

Président : M. Christian CABROL, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE

1974

THESE

N^o.

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Christian SERRE

né le 18 octobre 1947 à TOULON (83)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE.

ETUDE SUR 92 CAS D'HEMORRAGIES DIGESTIVES

PAR ULCERES GASTRO-DUODENaux

Président : M. Christian CABROL, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTÉ DE MÉDECINE
PITIE-SALPÊTRIÈRE
UNIVERSITÉ PARIS VI

ANNÉE
1974

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Spécialité : ...)

Par

Docteur en Médecine

M. le Docteur ...



PRÉSENTÉ ET SOUMIS EN VUE DE LA RÉGLEMENTATION

ÉTUDE SUR LES CAS D'HÉMORRAGIES DIGESTIVES

PAR ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Présenté par : M. le Docteur ...

CONDITIONS MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES

40, rue de la Harpe - PARIS XIII

A la mémoire de mes grands-parents

A mes parents

A ma femme

A ma fille

A mon frère.

A ma famille

A mes beaux-parents

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Christian Cabrol

Professeur à la Faculté de Médecine
Pitié-Salpêtrière

Chef de service

Chirurgien des hôpitaux,

qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Gaston-Claude Simon,
ancien chef de clinique à la Faculté
Chef de service,

qui nous a inspiré ce travail.

En témoignage de profonde reconnaissance.

Au personnel du service de Chirurgie du Centre
hospitalier de Montfermeil,

qui nous a aidé dans notre travail.

A nos maîtres de la Faculté de Médecine Pitié-
Salpêtrière et des hôpitaux.

Selon les auteurs, on peut estimer la fréquence des ulcères gastro-duodénaux aux alentours de 4 à 7 % de la population générale, en France.

Par ailleurs, des hémorragies surviennent dans 12,5 % des ulcères pour M. Conte, dans 15 à 25 % pour P. Bernades ; c'est dire que ce type de saignement est assez fréquent. On sait aussi que la maladie ulcéreuse constitue la cause d'hématémèse la plus souvent retrouvée, avant l'hypertension portale cirrhotique, et qu'elle est responsable, selon les statistiques, de 35 à 90 % de toutes les hémorragies digestives (P. Bernades).

Notre but a été de réunir et d'étudier les dossiers de tous les malades hospitalisés dans le service du Docteur G. Cl. Simon (service de chirurgie générale - Centre Hospitalier de Montfermeil - 93370 - Montfermeil), et qui ont présenté une hémorragie digestive par ulcère, entre 1962 et 1973, soit une période de 12 ans. Cette hémorragie a pu, soit entraîner l'hospitalisation, soit se produire alors que le patient était déjà dans le service pour une autre raison.

Nous avons ainsi rassemblé 92 observations ; pour chacune, 11 critères ont été retenus, qui constituent les 11 chapitres de ce travail.

Parfois, certains de ces critères n'ont pu être déterminés avec précision ; c'est ce qui explique le nombre non toujours identique de cas sur lesquels portent les différentes statistiques.

CHAPITRE I

REPARTITION DES HEMORRAGIES SELON LES ANNEES ET LES PERIODES DE L'ANNEE

Dans la période considérée, on en a dénombré 95, une récidue hémorragique ayant eu lieu une fois chez un patient, et deux fois chez un autre.

La fréquence des hémorragies est fort variable selon les années, comme on peut le voir sur le tableau 1 ci-dessous, et n'appelle pas de commentaires particuliers. Signalons simplement que le chiffre moyen est de près de 8 cas par an.

Nous avons pu mettre en évidence, par contre, des différences selon les périodes de l'année ; ainsi, le mois d'Octobre apparaît comme celui ayant vu le plus grand nombre de saignements, quel que soit le type de l'ulcère responsable (tableau 2).

De même, c'est en automne que surviennent le plus fréquemment les hémorragies. Ceci est à rapprocher de la notion classique des poussées ulcéreuses plus souvent rencontrées en automne et au printemps (dans notre statistique, la prédominance au cours de cette dernière saison n'est pas apparue avec évidence).

Tableau 1

Répartition des hémorragies ulcéreuses, selon les années.

Années	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	Total
Nombre de cas	7	14	5	6	5	8	5	7	9	4	13	12	95

Tableau 2

Répartition des hémorragies, selon les mois.

Mois	Janv.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Nombre de cas	6	6	12	7	8	10	8	7	3	16	9	3

Tableau 3

Répartition des hémorragies, selon les saisons.

	Hiver	Printemps	Eté	Automne
Nombre total d'hémorragies ulcéreuses	20	24	22	29
Hémorragies par ulcères duodénaux	13	17	16	16
Hémorragies par ulcères gastriques	6	6	6	12
Hémorragies par ulcères de topographie non déterminée (voir plus loin)	1	1		1

CHAPITRE II

TOPOGRAPHIE DES ULCERES RESPONSABLES

Sur les 92 observations considérées, on a pu identifier 93 hémorragies causées par des ulcères différents, un patient ayant présenté 2 saignements, à 8 ans d'intervalle, dûs à 2 ulcérations de localisations non identiques.

Nous avons dénombré 59 localisations au duodénum et 31 à l'estomac.

Dans 3 cas, où il existait chez un même malade une double localisation, gastrique et duodénale, il n'a pas été possible de déterminer laquelle avait saigné, ou si les 2 avaient saigné.

Chez 90 malades pour lesquels le diagnostic topographique a été précis, on a donc trouvé 65, 5 % d'ulcères duodénaux, contre 34, 5 % d'ulcères gastriques, soit moins de 2 ulcères duodénaux pour 1 ulcère gastrique.

Ces chiffres sont à confronter aux statistiques comparant la fréquence de ces 2 types d'ulcères, pris dans leur ensemble, qu'ils soient compliqués ou non. Ces statistiques sont variables selon les auteurs, mais on peut considérer que la proportion est, en général, de 3 à 4 ulcères duodénaux pour 1 ulcère gastrique.

On en peut conclure que les complications hémorragiques sont plus fréquentes pour les ulcères gastriques que pour les ulcères duodénaux, notion d'ailleurs classique de la littérature.

Nous avons présenté, dans les tableaux 4 et 5, des indications plus détaillées sur la localisation de la lésion en cause.

Nous y trouvons l'existence, chez 3 sujets, de 2 ou 3 lésions ulcéreuses hémorragiques chez un même sujet, ainsi que l'association, non rare, puisque rencontrée par 12 fois, de l'ulcère hémorragique à 1 ou 2 autres ulcères ne saignant pas.

La fréquence relative des différentes localisations n'offre, pour l'essentiel, pas de différences avec les localisations des ulcères non hémorragiques. Seul, le chiffre de 10 % d'ulcères post-bulbaires, parmi les ulcères du duodénum ayant donné un saignement, paraît plus élevé que celui obtenu parmi les ulcères du duodénum considérés d'une manière générale (1,5 à 5 % pour D. Blanc, C. Favier, A. Thénot). Cette localisation semble donc proportionnellement plus exposée aux hémorragies que la localisation bulbaire.

En ce qui concerne l'atteinte gastrique, on retrouve la prédominance de la petite courbure verticale, ainsi que la plus grande fréquence de la localisation à la face postérieure qu'à la face antérieure.

Tableau 4

Localisations de 59 ulcères duodénaux.

Localisations	Nombre de cas	%	Associations à d'autres ulcères non hémorragiques
Bulbe duodénal	52	88 %	- à 1 autre ulcère bulbaire 4 - à 1 ulcère post-bulbaire 1 - à 1 ulcère du pylore 1 - à 1 ulcère de la grande courbure gastrique 1
post-bulbaire du 1 ^{er} duodénum	4	7 %	
post-bulbaire du 2 ^{ème} duodénum	2	3 %	
Ulcères hémorragiques multiples	1 (2 ulcères du bulbe)	2 %	- à 1 ulcère du bulbe 1

Tableau 5

Localisations de 31 ulcères gastriques

(PCV = petite courbure verticale)
(FA = face antérieure).

Localisations	Nombre de cas	%	Associations à d'autres ulcères non hémorragiques
Petite courbure verticale	13	42 %	- à 1 autre ulcère de la PCV - à 1 ulcère bulbaire et à 1 ulcère de la PCV
Angle	6	19,5 %	
Petite courbure horizontale	2	6,5 %	
Pylore	1	3 %	
Face antérieure	2	6,5 %	
Face postérieure	4	13 %	- à 1 ulcère de la FA
Grande courbure	1	3 %	
Ulcères hémorragiques multiples	2	6,5 %	
	-2 ulc. de la PCV -3 ulc. de la FA		- à 1 ulcère bulbaire

CHAPITRE III

AGE DU DEBUT DE L'ULCERE

Pour 13 patients, il ne nous a pas été possible de déterminer avec précision l'âge de début de leur ulcère. La statistique a donc porté sur 79 cas, réunissant au total 83 ulcères de début connu.

Nous avons réalisé une classification par tranches d'âge de 5 ans, que l'on pourra retrouver sur le diagramme 1.

L'ulcère le plus précoce a fait son apparition à un peu moins de 15 ans, le plus tardif à 93 ans, chez un malade sans aucun antécédent digestif. C'est souligner qu'à peu près tous les âges ont été touchés, en ce qui concerne notre échantillonnage, sauf les enfants.

La fréquence augmente d'abord jusqu'à un premier pic (40-45 ans), pour diminuer ensuite, puis atteindre un second maximum à 55-60 ans, période où l'on trouve le plus grand nombre de patients. On observe ensuite une décroissance, suivie d'un dernier pic pour 75 - 80 ans.

La transformation en courbe donnerait globalement l'aspect d'une courbe en cloche, type courbe de Gauss. L'âge moyen de l'ulcère s'établit à 50,5 ans.

L'étude séparée des ulcères gastriques et duodénaux (diagrammes 2 et 3) montre, pour ces derniers, un plus grand nombre de débuts chez les sujets jeunes (61 % avant 50 ans, âge moyen : 45,5 ans), et un étalement assez important (de la tranche 10-15 à la tranche 90-95).

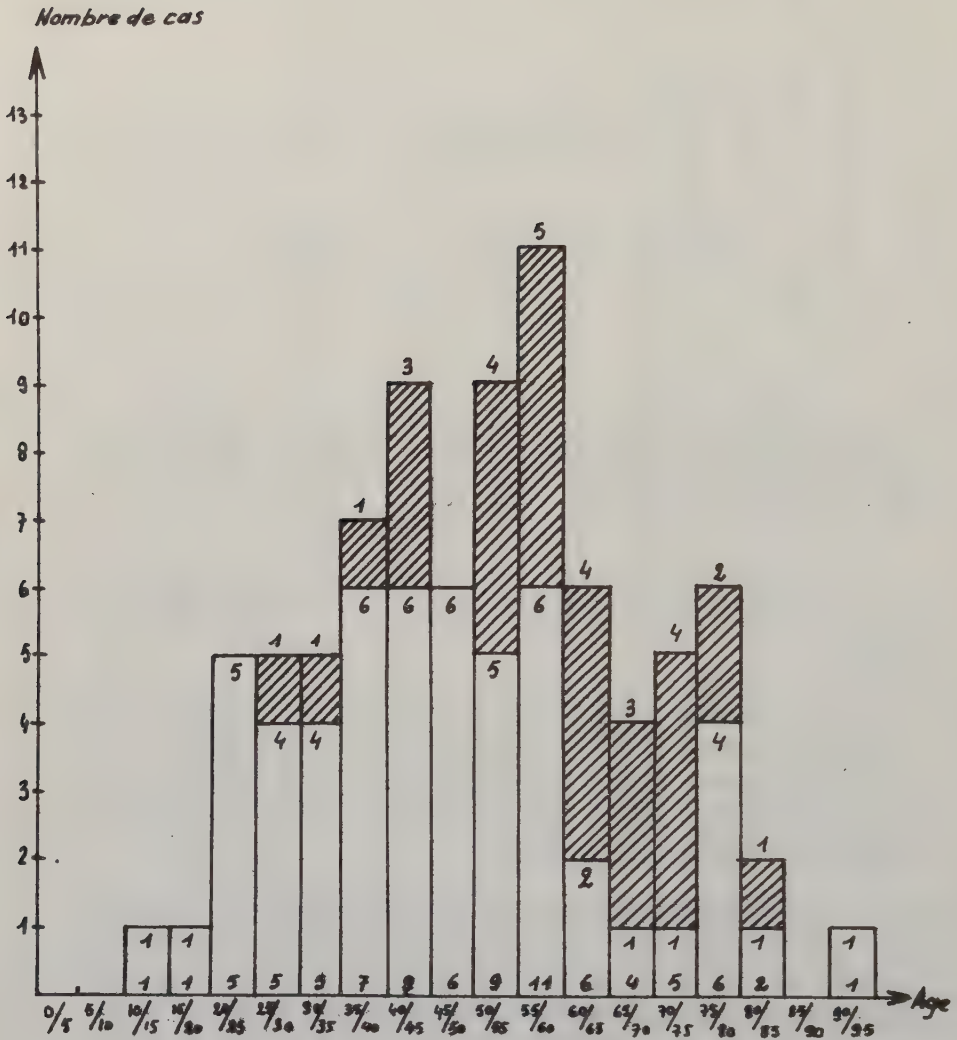


DIAGRAMME 1

Age de début de 83 ulcères gastro-duodénaux



Ulcères gastriques



Ulcères duodénaux

En ce qui concerne l'ulcère de l'estomac, le début est, au contraire, souvent beaucoup plus tardif (moins de 21 % avant 50 ans, âge moyen : 59,5 ans).

Globalement, le rapport $\frac{\text{ulcères gastriques}}{\text{ulcères duodénaux}}$ augmente avec l'âge ; après 50 ans, l'ulcère de l'estomac est plus fréquent que l'ulcère du duodénum (23 et 21 cas, respectivement).

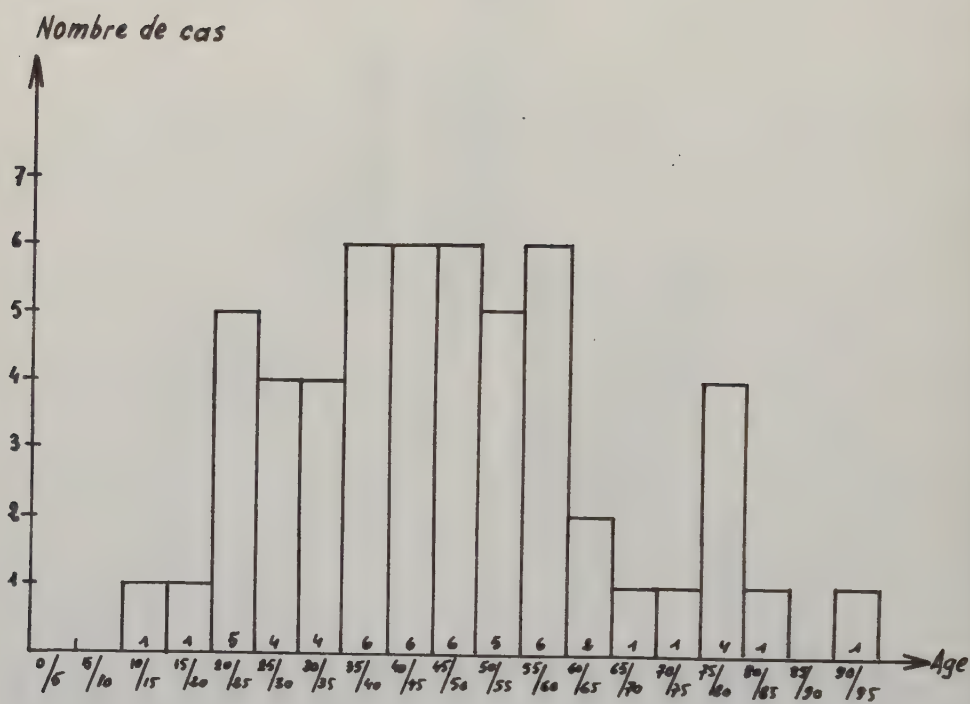


DIAGRAMME 2

Age de début de 54 ulcères duodénaux

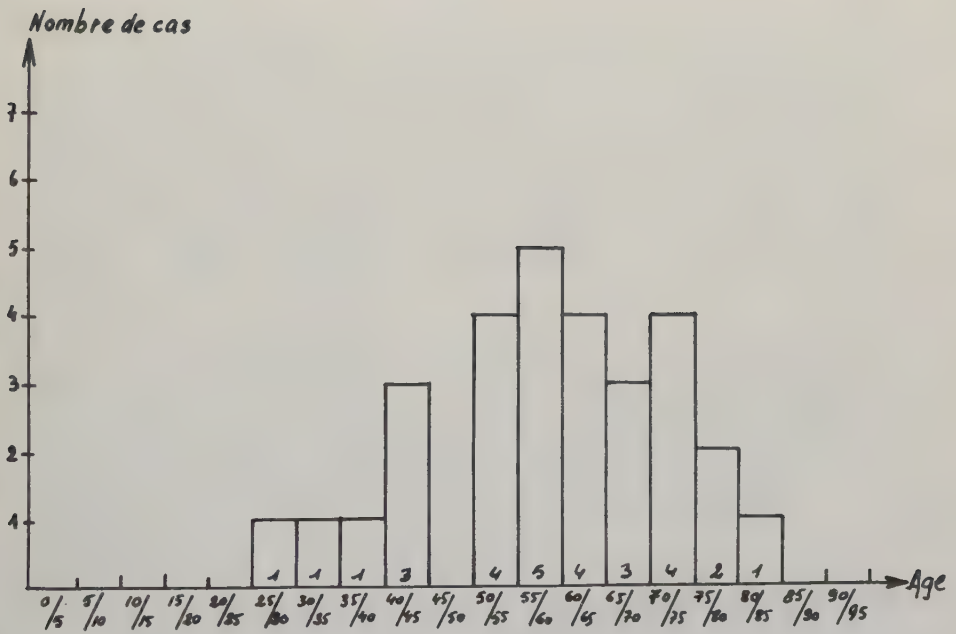


DIAGRAMME 3

Age de début de 29 ulcères gastriques

CHAPITRE IV

AGE DE SURVENUE DE LA PREMIERE HEMORRAGIE DIGESTIVE PAR ULCERE

Le plus souvent, les hémorragies survenues au cours de la période étudiée constituaient le premier saignement ulcéreux dans l'histoire du malade. Par 16 fois seulement, il y en avait eu une ou plusieurs autres auparavant. Chez un patient, on trouvait dans les antécédents un ulcère hémorragique différent de celui actuellement en cause. Dans un cas, l'âge précis de la première hémorragie n'a pu être connu.

C'est donc un ensemble de 92 premières hémorragies chez 91 sujets que nous présentons. Les âges extrêmes sont d'un peu plus de 15 ans et de 93 ans. Le nombre de cas augmente avec l'âge jusqu'à un premier pic correspondant à la tranche 55-60 ans, puis il diminue pour s'élever à nouveau jusqu'à un second pic moins important (tranche 75-80) (voir diagramme 4).

On notera la possibilité de complications hémorragiques des ulcères chez des sujets très jeunes. L'aspect du diagramme obtenu est assez voisin de celui des débuts de la maladie ulcéreuse. Toutefois, le pic de 40-45 ans a, dans le cas présent, disparu, alors que les deux pics de 55-60 ans et 75-80 ans sont encore plus évidents. Il y a un déplacement de l'ensemble des colonnes vers la droite et surtout une élévation des colonnes de droite par rapport à celles du côté gauche, témoignant d'un certain temps de latence entre le début de l'ulcère et la première manifestation hémorragique, temps de latence que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Nombre de cas

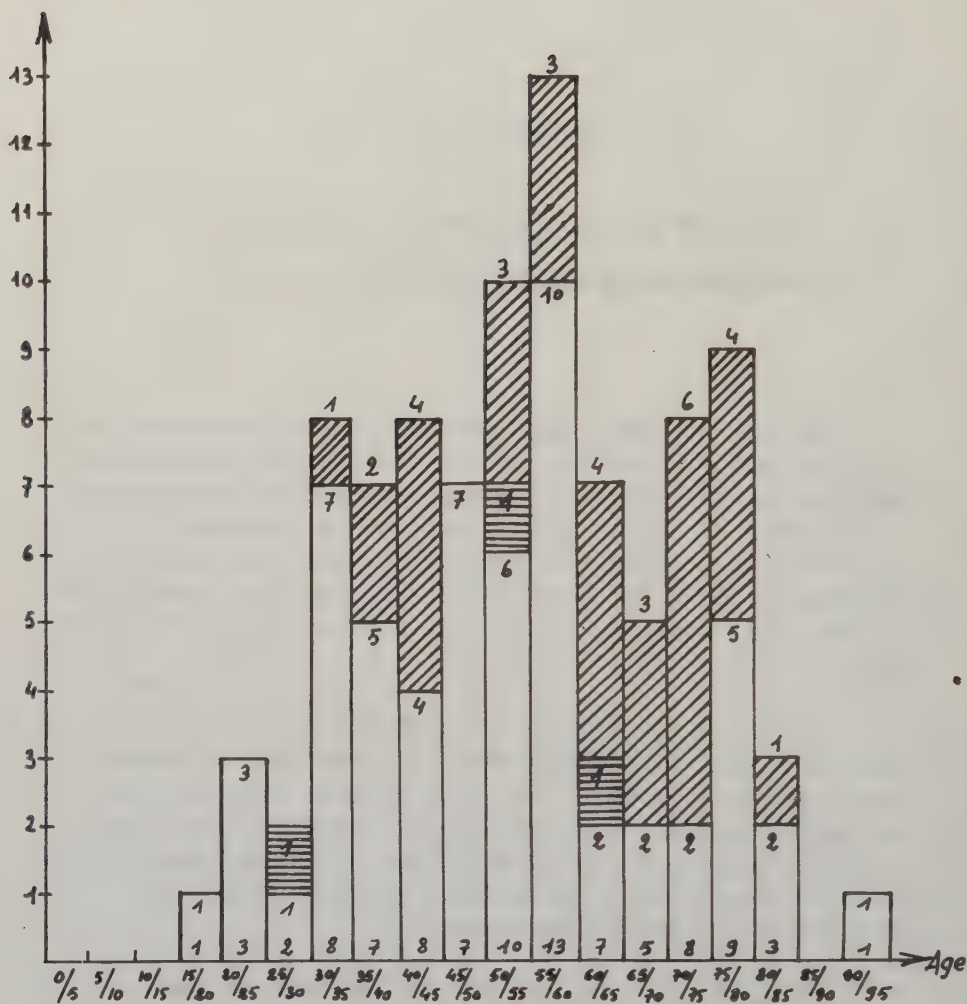


DIAGRAMME 4

Age de 92 premières hémorragies digestives ulcéreuses

Ulcers
gastriquesUlcers
gastriques
et/ou duodénauxUlcers
duodénaux

Le pourcentage de cas survenus après 50 ans objective d'ailleurs ce phénomène : près de 61 % pour le diagramme 4, contre 53 % pour le diagramme 1.

L'étiologie duodénale se manifeste surtout dans la partie gauche (sujets jeunes), l'étiologie gastrique dans la partie droite (sujets plus âgés). Il y a donc un parallélisme avec l'âge d'apparition de l'ulcère, plutôt jeune pour le duodénum, plutôt tardif pour l'estomac. Nous verrons cependant que ce parallélisme n'est pas strict, et que les délais d'apparition de l'hémorragie ne sont pas identiques pour les 2 localisations.

L'âge moyen de la première hémorragie ulcéreuse duodénale est de 50 ans et 9 mois, de 62 ans pour la première hémorragie gastrique.

CHAPITRE V

DELAI DE SURVENUE DE L'HEMORRAGIE AU COURS DE LA MALADIE ULCEREUSE

Sur un total de 89 patients (soit 90 hémorragies par ulcère), l'hémorragie s'est montrée révélatrice de l'ulcère 28 fois, soit dans un peu plus de 31 % des cas (le saignement a alors été la première manifestation de la lésion en cause, et on n'a noté absolument aucun signe d'ulcus dans les antécédents du malade).

Elle s'est déclenchée 9 fois au cours de la première poussée ulcéreuse, alors qu'il était apparu des douleurs depuis quelques jours, mais que le diagnostic n'était pas encore porté, du moins non déjà porté radiologiquement.

Dans 16 cas, elle est survenue dans la première année qui a suivi le début de l'ulcère.

Enfin, 37 hémorragies sont survenues plus d'un an après le commencement des troubles ulcéreux, mais se sont montrées de moins en moins fréquentes en fonction du temps écoulé depuis le déclenchement de l'ulcère.

Le délai le plus long que nous ayons pu observer a été cependant de près de 50 ans.

Cette répartition sera retrouvée dans le tableau 6.

Il apparaît ainsi que les hémorragies surviennent le plus souvent précocement, au cours des ulcères gastro-duodénaux, puisque 31 % sont révélatrices (pourcentage plus élevé que ceux donnés par P. Bernades : 15 à 25 %, et M. Conte : 20 %), et que 59 % sont, soit révélatrices, soit surviennent pendant la première année de la maladie (50 % pour P. Bernades), alors que 41 % seulement surviennent ultérieurement.

Ce délai de survenue est en réalité différent selon la localisation causale.

Le délai moyen pour les hémorragies duodénales est de 3,5 ans environ, pour les hémorragies d'origine gastrique de 2,5 ans ; d'une manière générale, les hémorragies surviennent un peu plus tôt dans les ulcères gastriques que dans les ulcères duodénaux.

Le tableau 7 met bien en évidence la précocité de la complication hémorragique rencontrée plus souvent pour les ulcères gastriques.

Tableau 7

Pourcentage des différents délais d'apparition
de l'hémorragie, selon la localisation lésionnelle.

	59 ulcères duodénaux	31 ulcères gastriques
Hémorragies révélatrices	24 %	45 %
Hémorragies survenant lors de la 1ère poussée ou dans la 1ère année	25 %	32 %
Hémorragies survenant après la 1ère année	51 %	23 %

CHAPITRE VI

LES CARACTERES DE L'HEMORRAGIE

(Etude de 95 hémorragies, chez 92 malades).

I - TYPE DE L'HEMORRAGIE (Tableau 8).

Nous entendons par ce terme le mode d'expression du saignement : hémorragie haute (hématémèse), ou basse (melæna, voire, exceptionnellement, rectorragie), ou les différentes associations possibles.

Le plus souvent, il s'est agi d'une association hématémèse et melæna (44 cas), suivie par le melæna isolé (27 cas), et l'hématémèse isolée (13 cas). Pour cette dernière circonstance, il est vraisemblable que l'hématémèse a été suivie, dans un certain nombre de cas, par un melæna passé inaperçu. Enfin, beaucoup plus rarement, on a pu retrouver l'association hématémèse-melæna-rectorragie (4 fois), laquelle s'est avérée avoir un gros retentissement (2 morts).

Pour terminer, nous avons constaté :

- l'association melæna-rectorragie chez 2 sujets,
- l'association hématémèse-rectorragie chez un sujet porteur d'un ulcère gastrique,
- une rectorragie isolée chez un sujet porteur d'un ulcère du bulbe.

Par 3 fois, l'hémorragie ne s'est pas extériorisée, et s'est seulement manifestée par des signes d'hémorragie interne (pâleur, collapsus, etc...). L'aspiration gastrique a pu évacuer le sang existant dans l'estomac.

Tableau 8

Types d'hémorragie, selon la localisation de l'ulcère.

Type d'hém. Localisation	hémat.	mel.	rectorr.	hémat. et mel.	hémat. et rectorr.	mel. et rectorr.	hémat. mel. et rectorr.	hémorragie non extériorisée
duodénale	7	25	1	25		1	2	2
gastrique	5	2		18	1		2	1
duodénale et/ou gastrique	1			1		1		
Total	13	27	1	44	1	2	4	3

Le tableau 8 reprend toutes ces données et fait ressortir que l'ulcère gastrique s'exprime surtout par l'association hématomèse-melæna, parfois par une hématomèse isolée, rarement par un melæna isolé.

Pour l'ulcère duodénal, le melæna isolé est aussi fréquent que son association à une hématomèse. La simple anatomie est suffisante pour expliquer cela : une hémorragie duodénale a plus de mal à être extériorisée par des efforts de vomissements qu'une hémorragie gastrique.

II - RETENTISSEMENT GENERAL DE L'HEMORRAGIE (gravité de l'hémorragie).

L'appréciation de la gravité de la perte sanguine est la première démarche qui s'impose en pratique, devant un sujet qui vient de présenter une hémorragie digestive.

Elle repose essentiellement sur l'étude des signes cliniques. L'évaluation de l'abondance du saignement peut être intéressante bien sûr, mais est souvent difficile. L'examen clinique notera l'importance de la pâleur, de la tachycardie, de l'hypotension artérielle, etc...

Les signes biologiques (anémie, chute de l'hématocrite) sont d'apparition retardée. La mesure de la masse sanguine en urgence est un examen intéressant mais qui n'a pu être réalisé dans le service.

Enfin, et surtout, la gravité de l'hémorragie a été appréciée par le nombre et le rythme des flacons de sang nécessaires pour améliorer le malade, et par l'évolution clinique à l'arrêt des transfusions.

Nous avons classé les hémorragies en 3 groupes :

. hémorragies graves, entraînant un état de choc, avec hypotension artérielle marquée, pouls très accéléré, pâleur, soif, vertiges, signes biologiques importants (hématocrite le plus souvent inférieur à 30 %), et qui nécessitent des transfusions répétées.

. hémorragies de gravité moyenne, avec un collapsus moins important, des troubles biologiques plus modérés.

. hémorragies minimales, enfin, au cours desquelles le retentissement général est à peine marqué.

Dans notre statistique, les hémorragies graves représentent 38 cas (40 %), les moyennes 40 (42 %), les minimales 17 (18 %). P. Bernades fait part de chiffres différents : hémorragies graves, 20 % ; moyennes, 15 à 20 % ; minimales, 60 à 65 %.

Le tableau 9 révèle que les ulcères du duodénum provoquent plutôt des hémorragies de gravité moyenne, et que ceux de l'estomac sont responsables le plus souvent d'hémorragies graves.

Tableau 9

Gravité de l'hémorragie, en fonction
de la localisation.

hémorragies ulcères	graves	moyennes	minimes	total
duodénum	21	26	15	62
estomac	16	12	2	30
duodénum et/ou estomac	1	2		3
Total	38	40	17	95

Hémorragies mortelles.

Nous avons relevé 12 observations pour lesquelles l'hémorragie a provoqué la mort du patient, soit 12,6 % d'hémorragies mortelles. Les chiffres de 2 à 4 % sont avancés par Ivy et coll. D'autres auteurs donnent celui de 15 %. A noter que pour un autre patient décédé en cours d'hospitalisation, le saignement n'a pas été la cause de l'évolution fatale.

L'âge des décès s'est échelonné entre 55 et 93 ans, 11 fois il s'est agi de sujets de 60 ans ou plus. Cette évolution est survenue après des hémorragies à gros retentissement immédiat, chez des sujets souvent en fort mauvais état général, et souvent présentant d'autres éléments pathologiques (insuffisance respiratoire chronique, insuffisance cardiaque) qui se sont brutalement décompensés sous l'influence de la déperdition sanguine.

5 fois, le décès est survenu dans les suites d'une intervention (pratiquée en urgence pour 4 sujets).

La cause a été 5 fois un ulcère gastrique (41,6 %), 7 fois un ulcère duodénal (58,4 %) ; l'évolution mortelle est donc relativement plus fréquente dans les ulcères gastriques. Elle est également relativement plus fréquente pour les femmes que pour les hommes, comme nous le redirons par la suite.

III - MECANISME DE L'HEMORRAGIE

On sait qu'un ulcère peut saigner essentiellement par 2 mécanismes :

1) - L'ulcération artérielle, (30 à 50 % des cas pour P. Bernades, 33 % pour Edelmann), donnant un saignement qui n'a que très peu tendance à l'arrêt spontané.

2) - La vasodilatation capillaire aiguë, pour laquelle l'arrêt spontané du saignement est possible.

. de l'étude de nos dossiers, nous n'avons pu tirer que très peu de renseignements sur ce mécanisme. Les 11 cas où une érosion artérielle a été reconnue avec certitude réunissaient 4 ulcères gastriques et 7 duodénaux. Dix fois, il s'agissait d'une hémorragie grave, une fois seulement, d'une hémorragie moyenne.

o0o

CHAPITRE VII

DIFFERENTES VARIATIONS SELON LE SEXE

La proportion trouvée est de 63 hommes et 29 femmes, soit respectivement 68,5 % et 31,5 % (un peu plus de 2 hommes pour 1 femme).

Ce pourcentage de femmes est un peu plus élevé que celui généralement retrouvé dans la littérature pour les ulcères non compliqués. Il semble donc, en ce qui nous concerne, que les ulcères féminins se compliquent proportionnellement plus souvent d'hémorragies que ceux de l'homme, élément d'ailleurs souligné par d'autres.

Nous avons, par ailleurs, noté plusieurs différences selon le sexe, que nous exposons ci-après.

I - REPARTITION DES HÉMORRAGIES SELON LES SAISONS

La prédilection globale pour l'automne, dont nous avons déjà parlé au chapitre 1, se retrouve avec plus de netteté chez les femmes que chez les hommes, avec en plus, chez celles-là, une ~~pr~~édominance également au moment du printemps.

Tableau 10

Répartition selon les saisons, et selon le sexe.

Saisons Sexe	Hiver	Printemps	Eté	Automne
Hommes	16	15	16	19
Femmes	4	9	6	10
Total	20	24	22	29

II - TOPOGRAPHIE DE L'ULCERE EN CAUSE

Sur ce plan, nous avons pu trouver une différence très significative entre les deux sexes.

Parmi les femmes, on a dénombré 16 ulcères gastriques contre seulement 13 ulcères duodénaux.

Parmi les hommes, 15 ulcères gastriques, et 46 ulcères duodénaux.

De ces chiffres, plusieurs conclusions peuvent être tirées :

. Pour les hémorragies ulcéreuses de l'homme, la proportion des ulcères gastriques, par rapport aux ulcères duodénaux, est assez voisine (peut-être un peu supérieure) à la proportion trouvée pour les ulcères masculins pris dans leur ensemble (compliqués ou non). Chez l'homme, donc, l'hémorragie est un peu plus fréquente - en valeur relative - dans la localisation gastrique que dans la localisation duodénale.

. Chez la femme, la proportion d'ulcères gastriques, rencontrée dans les hémorragies ulcéreuses, est sensiblement plus grande que la même proportion par rapport aux ulcères féminins pris dans leurs ensembles (bien que cette dernière soit déjà plus élevée que chez l'homme).

. La plus grande fréquence relative de saignements dans les ulcères gastriques semble donc être surtout due aux ulcères de la femme.

Pour la localisation plus précise de l'ulcère gastrique, ou duodénal, selon le sexe, elle n'appelle pas de commentaires particuliers.

III - AGE DE DEBUT DE L'ULCERE

Il a été possible de retrouver cet âge pour 26 ulcères de la femme et 57 de l'homme. Les diagrammes 5 et 6 visualisent la différence qui existe selon le sexe : la date d'apparition de l'ulcus est plus tardive pour la femme que pour l'homme.

Ceci s'explique en partie par le fait que les ulcères gastriques sont relativement plus nombreux chez elle, mais cette survenue plus tardive se voit aussi pour les ulcères duodénaux de la femme (tableau 11).

Tableau 11

Date d'apparition moyenne des ulcères.

	Ulcères duodénaux	Ulcères gastriques	Ulcères duodénaux et gastriques
Hommes	42, 5 ans	56 ans	45, 5 ans
Femmes	58 ans	63 ans	60, 5 ans

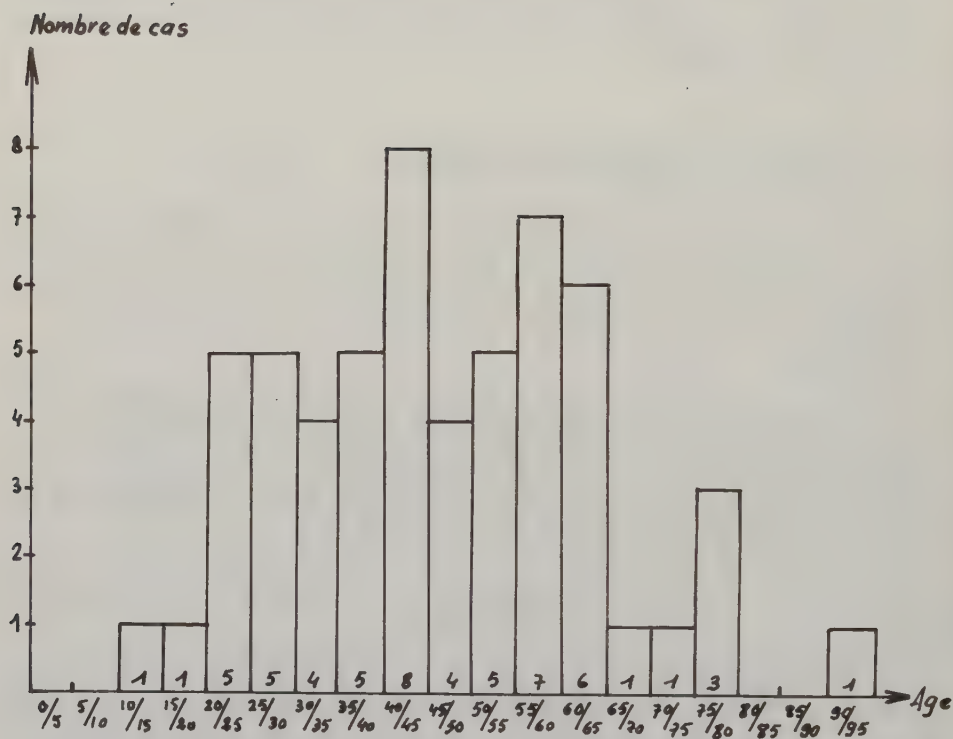


DIAGRAMME 5

Age de début de 57 ulcères hémorragiques de l'homme

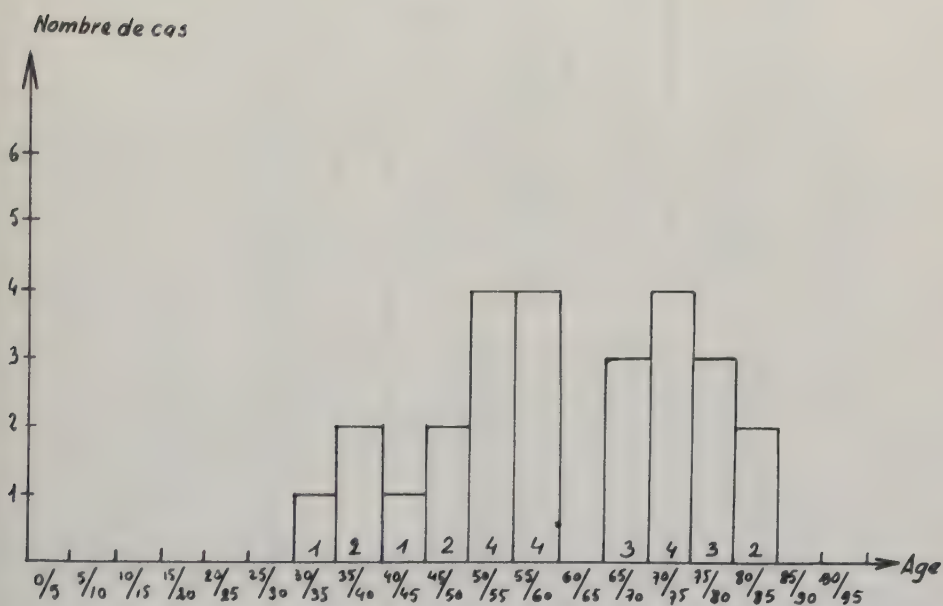


DIAGRAMME 6

Age de début de 26 ulcères hémorragiques de la femme

Tableau 12

Age moyen de la première hémorragie et délai moyen
d'apparition de cette hémorragie.

	Ulcères duodénaux		Ulcères gastriques		Ulcères duodénaux et ulcères gastriques	
	Age 1ère hémorragie	Délai ulcère hémorragie	Age 1ère hémorragie	Délai Ulcère hémorragie	Age 1ère hémorragie	Délai ulcère hémorragie
Hommes	48 ans	5, 5 ans	60 ans	4 ans	51 ans	5, 3 ans
Femmes	59 ans	1 an	63, 5 ans	6 mois	61, 5 ans	9 mois

IV - AGE DE LA PREMIERE HEMORRAGIE

Il est plus tardif chez la femme que chez l'homme, comme le montrent les diagrammes 7, 8, 9. La comparaison du premier avec le diagramme 4 fait ressortir un certain parallélisme entre les hémorragies duodénales et les hémorragies de l'homme d'une part, les hémorragies gastriques et les hémorragies de la femme, d'autre part.

Le tableau 12 nous permet de remarquer que le délai d'apparition de la première hémorragie est plus court dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

V - GRAVITE DES HEMORRAGIES, SELON LE SEXE

Les hémorragies ulcéreuses sont, le plus souvent, plus graves chez la femme que chez l'homme. C'est là une constatation retrouvée quel que soit le type de l'ulcère, gastrique ou duodéal. Alors qu'on note 38 % d'hémorragies graves dans le sexe masculin, on arrive au taux de 45 % pour les femmes. Le pourcentage de saignements à faible retentissement est 3 fois plus grand chez les hommes (tableau 13).

De même, sur 12 hémorragies ayant provoqué la mort, on note 6 hommes pour 6 femmes, soit respectivement 9, 5 % et 20, 6 % d'hémorragies mortelles.

Tableau 13

Gravité des hémorragies, selon le sexe.

	hémorragies graves	hémorragies moyennes	hémorragies minimales	total
hommes	24 (38%)	26 (41%)	13 (21%)	63
femmes	13 (45%)	14 (48 %)	2 (7%)	29

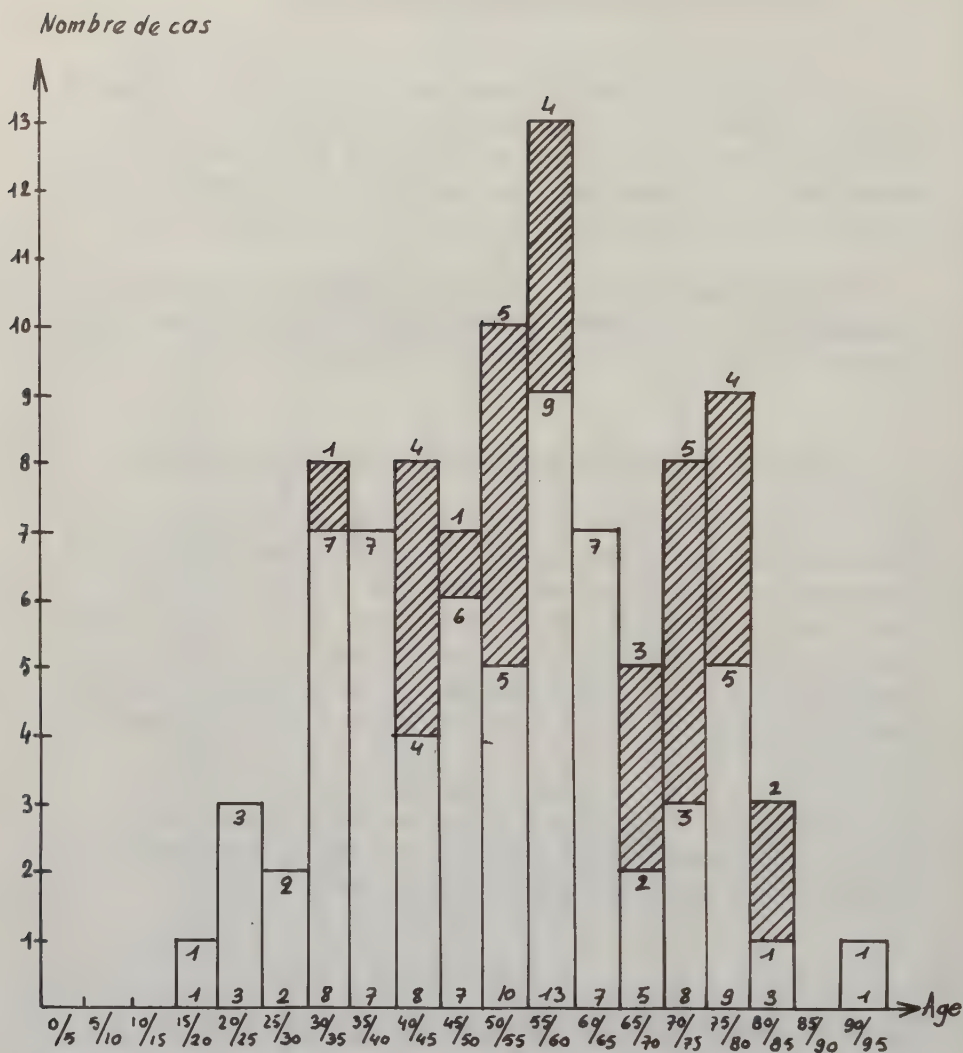


DIAGRAMME 7

Age de 92 premières hémorragies ulcéreuses
(selon le sexe)



Femmes



Hommes

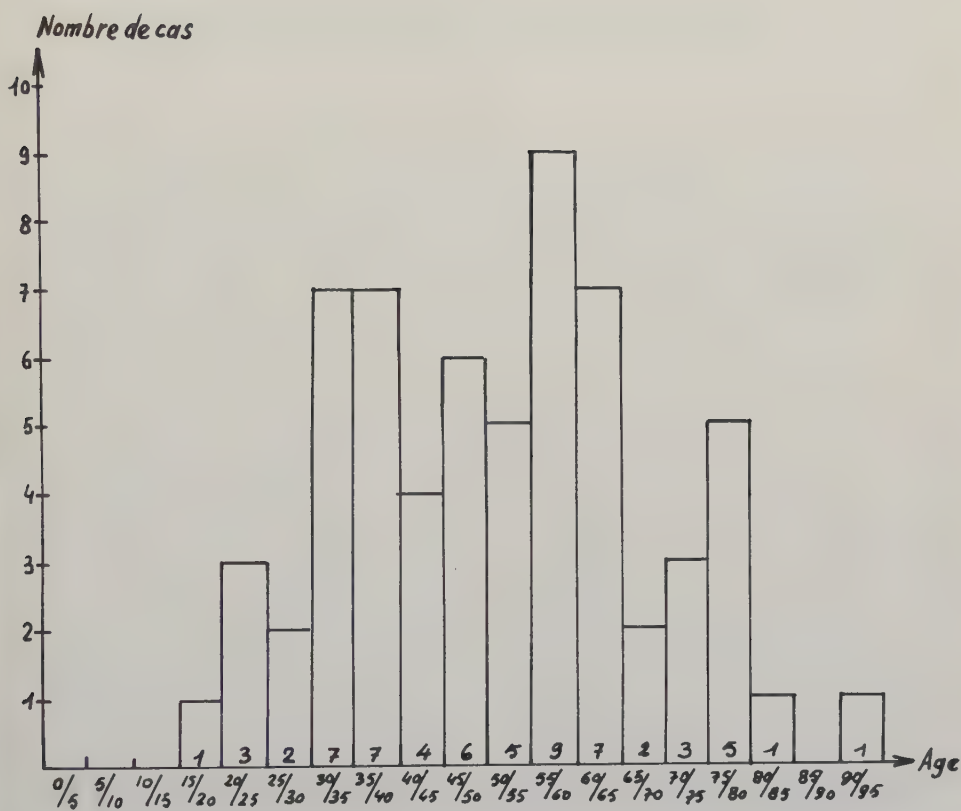


DIAGRAMME 8

Age de survenue de 63 hémorragies ulcéreuses de l'homme

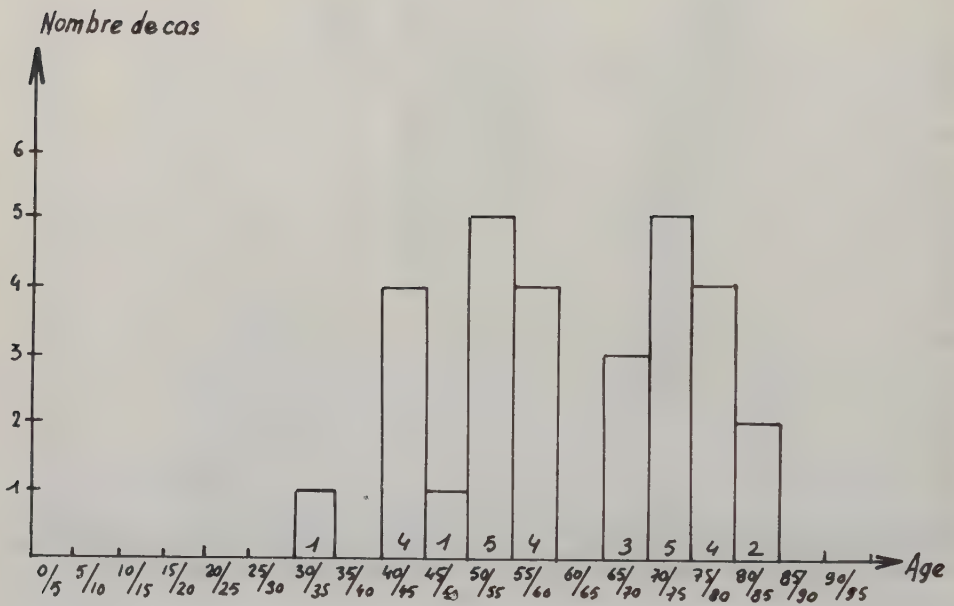


DIAGRAMME 9

Age de survenue de 29 hémorragies ulcéreuses de la femme

CHAPITRE VIII

ELEMENTS PATHOLOGIQUES ASSOCIES

Différents autres syndromes ou maladies se sont trouvés associés au tableau d'hémorragie digestive, dans certains cas. Ces associations présentent parfois un intérêt particulier, soit à cause de la fréquence avec laquelle on les a rencontrées, soit à cause du retentissement qu'elles ont eu.

I - ASSOCIATION PERFORATION-HEMORRAGIE

A/ . Existence d'une perforation dans les antécédents.

Dans 4 cas - pour des ulcères duodénaux, et chez des hommes - nous avons retrouvé, dans les antécédents, une perforation du même ulcère que celui ayant provoqué l'hémorragie ; cela 1 an avant l'hémorragie (l'ulcère avait été suturé), 2 ans avant (traitement par aspiration), 5 ans avant (suture), et 12 ans avant (suture).

B/ . Ulcères perforés-bouchés.

Par 11 fois, l'intervention a fait découvrir que l'ulcère responsable de l'hémorragie était du type perforé-bouché, soit par le pancréas, soit par le foie (3 localisations gastriques, 8 duodénales). Ce même diagnostic fut fait dans un cas à l'autopsie, et, dans un autre, fut porté par le transit baryté, devant une image de niche de Haudek.

Le caractère perforé-bouché est donc assez fréquent parmi les ulcères hémorragiques, puisqu'il a été retrouvé 13 fois sur 92 (un peu plus de 14 % des cas).

C/ . Association vraie perforation-hémorragie.

Ce point est d'une particulière importance, par l'influence qu'il imprime sur le pronostic. Parmi nos 92 observations, nous en avons compté 3 dans lesquelles le patient (2 hommes et une femme, âgés) a été admis dans le service pour un tableau de perforation, au demeurant fort bruyant.

Dans 2 cas, l'hémorragie s'est déclenchée dans les heures qui ont suivi l'entrée, entraînant, chez un sujet en piètre état physiologique, la mort, avant même que l'on ait pu intervenir, et conduisant, chez l'autre, à la gastrectomie qui s'imposait.

Pour le 3ème sujet, le saignement fit son apparition peu après que l'ulcère eût été suturé. Une réintervention fut décidée, qui n'empêcha pas l'évolution mortelle.

Cette notion de gravité de l'association perforation-hémorragie, d'ailleurs bien connue, indique formellement le geste chirurgical.

II - 'ASSOCIATION A UN ETHYLISME

On sait la fréquence de la maladie ulcéreuse chez les éthyliques. Notre étude nous a fait découvrir 21 cas d'éthylisme sur 92 malades, soit 22,8 %. Ce pourcentage est nettement supérieur à celui rencontré dans la population générale, pour laquelle on l'estime à 8 à 9 %.

Ce chiffre de 22,8 % est sans doute plus élevé que celui correspondant aux ulcères considérés dans leur ensemble, l'atteinte éthylique étant souvent retenue comme un facteur de gravité pour l'ulcère.

La proportion d'ulcères gastriques chez ces sujets s'est avérée plus grande (45 %) que chez l'ensemble de nos 92 patients (34, 5 %).

III - ASSOCIATION A UNE INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

Ce syndrome est, classiquement, particulièrement fréquent au cours de l'ulcère.

Pour notre part, nous l'avons retrouvé dans 5,4 % des ulcères hémorragiques, ce qui ne paraît pas plus élevé que pour l'ensemble de la population française du même âge.

o0o

CHAPITRE IX

ROLE DES MEDICAMENTS HEMORRAGIPARES

Certains médicaments peuvent soit provoquer de véritables ulcères, et les faire saigner (corticoïdes, autres anti-inflammatoires, acide acétyl-salicylique même pour certains, etc...), soit seulement faire saigner des ulcères déjà constitués (acide acétyl-salicylique, anticoagulants).

Dans 11 cas, il a été établi avec certitude que le sujet avait absorbé un de ces médicaments dans les heures ou les quelques jours ayant précédé le saignement (12 % des cas). Il s'agissait, dans la majorité des cas, d'ulcères gastriques (7), pour seulement 3 ulcères bulbaires, et un ulcère de topographie exacte non déterminée.

On a pu découvrir 2 localisations à la petite courbure verticale, 2 à la face postérieure de l'estomac, 1 à la grande courbure (localisation rare en général, mais une des plus fréquentes pour les ulcères médicamenteux), 1 au pylore, enfin 1 double localisation hémorragique à la petite courbure verticale.

Trois fois, l'hémorragie a été révélatrice, quatre fois, elle est survenue lors de la première poussée douloureuse. Dans 4 cas seulement, le diagnostic d'ulcère était déjà posé.

Chez un sujet, l'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire a révélé que l'ulcère était vraisemblablement la conséquence directe d'une prise d'Aspirine,

Les différents médicaments en cause sont les suivants :

. Acide acétyl-salicylique	6 cas
. Phénylbutazone	2 cas
. Prednisone	1 cas
. Anti-inflammatoire non précisé	1 cas
. Phénindione	1 cas

o0o

CHAPITRE X

MODE DE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DE L'HEMORRAGIE

Une fois la réanimation mise en route, la deuxième étape, devant un sujet qui vient de présenter une hémorragie digestive, consiste à retrouver la cause de celle-ci.

L'interrogatoire du patient ou de son entourage apporte souvent de nombreux renseignements.

Le transit baryté, pour la période étudiée, a été le moyen le plus utilisé pour affirmer ou confirmer l'ulcère, mais l'utilisation récente du fibroscope a été aussi d'un grand intérêt, et l'on verra que sa mise en service a encore réduit le nombre de cas dans lesquels le diagnostic étiologique n'a pu être fait que par l'intervention.

I - L'INTERROGATOIRE

Dans 53 cas, l'ulcère était déjà connu, et l'interrogatoire, en révélant son existence, apportait dès lors un gros argument de présomption. Dans 9 cas, l'hémorragie avait été précédée, depuis quelques jours, par des douleurs post-prandiales plus ou moins typiques mais, là encore, de grande valeur diagnostique.

Les difficultés sont survenues essentiellement pour les sujets chez lesquels étaient associés un ulcère et une cirrhose, accompagnée de son cortège de signes habituels.

II - LA RADIOLOGIE

En pratique, le transit baryté oeso-gastro-duodénal a, dans la grande majorité des cas, pu porter un diagnostic précis et affirmer ou confirmer l'ulcère.

Les clichés ont été pratiqués en urgence, sous réanimation, dans 11 cas d'hémorragie abondante, pour lesquels l'enquête étiologique s'imposait rapidement, en vue du traitement. Le diagnostic a été fait 8 fois, mais, dans 3 cas, aucune image probante n'a été obtenue, et l'ulcère n'a été découvert qu'à l'intervention.

Pour 50 patients, le transit a été fait secondairement, après la phase de réanimation, chez des sujets en bon état général, et a montré l'ulcère responsable, sauf dans 3 cas où le diagnostic n'a pu être posé qu'à l'intervention, et dans 1 cas où il a été fait à l'autopsie.

Au total, le transit a permis le diagnostic d'ulcère dans 81 % des cas où il a été pratiqué.

III - INTERVENTION ET AUTOPSIE

Parfois (pour 12 malades), parce que des radiographies avaient été réalisées récemment, objectivant l'ulcère, et que l'acte opératoire devait être rapidement débuté, aucun examen complémentaire à visée diagnostique n'a été mis en oeuvre avant cet acte, et c'est celui-ci qui a confirmé directement l'origine ulcéreuse du saignement.

Dans 4 observations, l'évolution foudroyante explique qu'aucune radiographie n'a pu matériellement être pratiquée, et que ce n'est malheureusement que l'autopsie qui a fait découvrir la cause de l'hémorragie.

IV - LA FIBROSCOPIE DIGESTIVE

Depuis le début de l'année 1972, cette technique a été de plus en plus souvent appliquée dans le service.

On sait que la mise au point de fibroscopes souples à fibres de verre - en l'occurrence oeso-gastro-duodénoscopes à visée axiale ou à visée latérale - a été d'un grand apport pour la pathologie digestive, et, singulièrement, pour la recherche étiologique des hémorragies digestives hautes. Grâce à leur maniabilité, ces appareils marquent un progrès certain par rapport aux anciens gastroscopes rigides.

Nous avons recensé 15 fibroscopies, pratiquées 7 fois isolément, 2 fois avant le transit gastro-duodénal, et 6 fois après lui. Le tableau 14 rend compte des résultats obtenus.

Tableau 14

Résultats de la fibroscopie, dans le
diagnostic étiologique de l'hémorragie.

Méthode de diagnostic étiologique	Nombre de cas	Diagnostic fait par le transit	Diagnostic fait par la fibroscopie
fibroscopie seule	7		5
transit puis fibroscopie	6	1	5
fibroscopie puis transit	2	1	1

. Pour les fibroscopies isolées, dans 2 cas, le diagnostic n'a pas été possible à cause du déclenchement d'une nouvelle hémorragie, obligeant à interrompre l'examen.

. Transit, puis fibroscopie, l'ulcère a été retrouvé 5 fois par cette dernière ; dans 1 cas, l'origine duodénale du saignement a été affirmée, mais sans reconnaissance du type de lésion.

. Parmi les 2 fibroscopies suivies d'un examen radiologique, une seule a permis le diagnostic.

Au total, l'endoscopie digestive a porté le diagnostic étiologique précis 11 fois sur 15 (soit 73,3 % des cas), mais il n'y a eu qu'un seul échec vrai (examen négatif malgré une exploration complète).

L'intérêt de cet examen réside dans le fait qu'il peut être réalisé chez un malade en décubitus, éventuellement en urgence. Il a souvent permis de voir si le saignement continuait ou était arrêté, élément lui conférant un grand intérêt pronostique.

Dans 1 cas, il a pu mettre en évidence 2 localisations ulcéreuses et montrer laquelle était hémorragique.

La vision directe des lésions constitue donc le grand apport de la fibroscopie pour le problème qui nous occupe.

L'emploi d'appareils de mieux en mieux adaptés à leurs buts et l'expérience grandissante des endoscopistes doivent permettre d'améliorer encore ses résultats.

Lorsque la fibroscopie est décidée, il faut alors, dans la mesure du possible, la pratiquer en premier lieu, avant un éventuel transit baryté.

V - L'ARTERIOGRAPHIE SELECTIVE DU TRONC COELIAQUE, EN URGENCE

Cet examen, intéressant pour un sujet en pleine période hémorragique, mais qui n'est que rarement pratiqué, n'a pu être mis en oeuvre dans le service.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT ET EVOLUTION

Le traitement des hémorragies ulcéreuses est parfois controversé dans ses modalités, en ce qui concerne les indications opératoires. Certains opèrent presque à tout coup, sauf contre-indications exceptionnelles (sujets très âgés, en très mauvais état général), arguant du fait qu'un ulcère qui a saigné une fois a de fortes chances d'être la cause, par la suite, d'une autre hémorragie, parfois encore plus grave. Par ailleurs, le risque de récurrence s'élève encore plus, après une deuxième hémorragie.

D'autres sont plus nuancés dans leurs indications.

Pour notre part, nous avons dénombré 50 interventions pratiquées, mais il y a eu refus d'intervention par le malade dans 6 cas. L'indication opératoire a donc été posée dans 60,8 % des cas, et, dans la décision d'opérer ou non, il a été tenu compte des cas d'espèce, comme on le verra plus bas.

Pour chacun des 92 hospitalisés, le traitement a, de toute manière, débuté, dès l'entrée du malade, par la réanimation habituelle, plus ou moins intensive selon l'état clinique, mais comportant en règle transfusions iso-groupe iso-rhésus, oxygène parfois, aspiration gastrique permettant d'évacuer le sang et de contrôler la persistance ou l'arrêt de l'hémorragie, puis atropine et autres anti-ulcéreux éventuellement.

I - LES HÉMORRAGIES OPERÉES

D'une manière générale, ont été opérées :

- . les hémorragies ne cédant pas spontanément ou sous réanimation (pression artérielle s'effondrant dès l'arrêt des transfusions). Elles ont représenté 15 cas pour lesquels le saignement, toujours pas arrêté au bout d'une dizaine à une vingtaine d'heures, a conduit à l'intervention d'urgence.

- . les hémorragies récidivant alors qu'elles s'étaient arrêtées dans un premier temps (10 cas).

- . secondairement, un pourcentage notable des hémorragies qui avaient cessé sans récidiver par la suite (25 cas). Dans cette éventualité, le délai entre l'hémorragie et l'intervention a varié de 3 à 30 jours.

- . l'indication opératoire a été posée d'autant plus qu'il existait une ou plusieurs hémorragies antérieures (10 cas), une perforation du même ulcère dans les antécédents (4 cas), ou une perforation associée à l'hémorragie (2 cas), de même qu'une mauvaise tolérance de l'ulcère malgré un traitement médical correctement suivi.

Sur les 50 interventions pratiquées, 24 l'ont été à l'occasion d'une hémorragie grave, 20 d'une hémorragie modérée, 6 d'une hémorragie minime. Le taux de mortalité de ces 50 interventions a été de 10 % (les 5 sujets décédés avaient tous présenté une hémorragie à très grand retentissement). Quarante-huit interventions ont eu lieu dès la première hospitalisation, une à l'occasion d'une deuxième hémorragie, une autre enfin lors d'une troisième hospitalisation pour une troisième hémorragie.

L'indication opératoire a été posée, ainsi, dès la première entrée dans le service dans 48 plus 6 cas (intervention refusée), c'est-à-dire 54 fois, soit 59 % des cas.

A/ - Les différents types d'intervention.

1) - La gastrectomie partielle.

Elle a été réalisée chez 42 sujets (donc la grande majorité des malades opérés), considérant qu'elle permettait à la fois une bonne hémostase, et le traitement de la maladie ulcéreuse. Le taux de mortalité a été de 9 %.

Nous avons réuni dans le tableau 15 toutes les variétés de gastrectomies partielles qui ont été effectuées.

. La gastrectomie des 2/3 inférieurs a été le plus souvent choisie. Elle permet en effet d'enlever la majorité des ulcères.

. L'hémigastrectomie a été faite pour des ulcères duodénaux, ou des ulcères gastriques bas-situés, associée 2 fois à une vagotomie (1 fois pour une localisation duodénale, et 1 fois pour une localisation gastrique devant l'existence d'une très forte sécrétion fundique).

. L'antrectomie, réservée aux ulcères duodénaux, permet de faire diminuer le facteur gastrinique de l'hyper-sécrétion acide, souvent présente dans les localisations duodénales.

Elle a été accompagnée d'une vagotomie double (intervention de Dragstedt) dans 3 cas. Cette vagotomie permet de réduire l'autre facteur de l'hypersécrétion acide qu'est l'hypersécrétion chlorhydro-peptique du fundus.

L'association antrectomie-vagotomie est donc très satisfaisante puisqu'elle tient compte de la pathogénie souvent rencontrée dans les ulcères duodénaux, mais les limites anatomiques de l'antré sont en général difficiles à déterminer.

. Les autres types de gastrectomies (des 4/5 et des 3/4), beaucoup plus rarement pratiqués, ont été réservés le plus souvent à des ulcères gastriques haut situés.

TABLEAU 15 —

Les différents types de gastrectomies partielles réalisées chez 42 sujets

Types de gastrectomies	Types d'anastomoses	Ulcères duodénaux	Ulcères gastriques	Ulcères duodénaux et/ou gastriques	Total
des 4/5	Péan		1		1
des 3/4	Polya Péan	1	1		2
des 2/3	Polya	11	1	1	25
	Finsterer	+ 2 avec bulbectomie	1		
	Péan	2	6	1	
hémigastrectomie	Polya avec Dragstedt	1	1		7
	sans Dragstedt	2 avec bulbectomie	1		
	Péan sans Dragstedt	1	1		
	Von Haberer		1		
antrectomie	Polya avec Dragstedt	2			7
	sans Dragstedt	2			
	Finsterer	1 avec bulbectomie			
	Péan avec Dragstedt	1			
	sans Dragstedt	1			
Total		27	13	2	42

. Le choix de l'anastomose gastro-intestinale.

- L'anastomose gastro-jéjunale type Polya est celle qui a été le plus souvent pratiquée. Elle est établie le long de toute la tranche de section gastrique (24 cas).

- L'anastomose gastro-duodénale type Péan est en théorie la plus physiologique, puisqu'elle permet de rétablir la continuité gastro-duodénale. Pour certains, elle donne moins de complications fonctionnelles que les anastomoses gastro-jéjunales (en particulier moins de "dumping-syndrom"), et aussi moins d'ulcères anastomotiques. D'autres ne sont pas de cet avis. L'opinion du service de chirurgie de Montfermeil à ce sujet est qu'une bonne anastomose gastro-jéjunale donne d'aussi bons résultats qu'un Péan. Cette dernière intervention a été réalisée dans 15 cas.

- L'anastomose gastro-jéjunale type Finsterer, avec fermeture de la partie supérieure de la tranche gastrique, n'a été pratiquée que 2 fois.

- L'anastomose gastro-duodénale type Von Haberer a été pratiquée 1 fois.

. Les ulcères duodénaux pour lesquels la gastrectomie partielle a été mise en oeuvre ont été, soit enlevés (excérèse ou bulbectomie), soit suturés.

2) - L'intervention de Dragstedt.

La vagotomie double-associée à une suture de l'ulcère - sans gastrectomie, a été réalisée chez 6 sujets porteurs d'un ulcère duodéal hémorragique. Deux fois parce que la gastrectomie présentait des difficultés techniques, 2 fois au vu du très mauvais état général du patient, 2 fois enfin devant le jeune âge du malade et le caractère à la fois révélateur et peu grave du saignement. Le taux de mortalité a été de 0.

Dans 5 cas l'intervention a été complétée par une pyloroplastie, et dans 1 cas seulement, par une gastro-entérostomie, assez souvent responsable d'ulcères anastomotiques et de "dumping-syndroms".

3) - Autres interventions.

- Chez un sujet qui aurait difficilement fait les frais d'une gastrectomie, on s'est contenté de la simple exérèse de son ulcère gastrique.

- Enfin, dans un cas, le décès est survenu en cours d'intervention.

B/ - Evolution des hémorragies opérées.

1) - Evolution mortelle.

Les 5 observations pour lesquelles la mort a suivi l'intervention ont trait à des patients âgés (un de 60 ans, quatre de plus de 75 ans), ayant présenté une hémorragie abondante (taux de mortalité : 10 %).

Dans 4 cas, l'intervention avait été faite en urgence (on sait le haut risque vital de ce type d'intervention : 4 décès sur 15 dans notre statistique). La mort est survenue 2 fois pendant l'acte opératoire ou quelques heures après lui ; 1 fois à l'occasion d'une hématomérose cataclysmique due à un ulcère anastomotique précoce, découvert à l'autopsie ; 1 fois lors d'une association perforation-hémorragie.

Pour le dernier sujet, cachectique, le décès est survenu quelques jours après une gastrectomie non pratiquée en urgence.

2) - Evolution non mortelle.

- Tous les malades opérés ont été priés, à leur sortie, de bien vouloir se présenter soit 1 mois, soit 2 mois plus tard, pour une visite de contrôle. Malheureusement sur 45 patients, 7 (15, 5 %) n'ont pas répondu à cette invitation.

Sur 38 patients avec lesquels on a pu garder un contact, la surveillance s'est exercée :

- 6 fois pendant 1 mois seulement
- 25 fois pendant 2 à 7 mois
- 7 fois pendant 1 à 5 ans.

a) - Evolution avec troubles.

. Seconde intervention nécessaire dans les jours suivant la première.

On a été conduit à une 2ème intervention quelques jours après la 1ère, dans 3 cas : 1 fois, après une hémigastrectomie avec Polya, pour un melaena abondant, récidivant, que la gastrotomie a montré provenir d'une ulcération de la coronaire stomachique, laquelle a été ligaturée. Dans 2 cas, la réintervention a été décidée devant une intolérance alimentaire avec vomissements, associée à une image de non-perméabilité de l'anastomose à la radiographie ; les premières interventions avaient été une hémigastrectomie avec Péan, et une gastrectomie des 2/3 avec Polya. Les suites de ces 3 réinterventions ont été favorables.

. Troubles divers survenus après la sortie du malade.

Dix sujets ont présenté des troubles de différentes sortes, que nous rapportons ci-après :

- 5 ans après une hémigastrectomie avec Polya, pour ulcère duodénal : survenue d'un melaena, avec douleurs épigastriques, amaigrissement. Une stomite est objectivée par la fibroscopie ; on institue un traitement médical.

- 2 mois après une gastrectomie des 2/3 avec Péan, pour ulcère gastrique, existence de vomissements post-prandiaux, disparaissant sous traitement médical. Amaigrissement. Le transit ne montre aucune anomalie de l'anastomose.

- 2 mois après une vagotomie avec antrectomie et Polya pour ulcère bulbaire, apparition d'un "dumping-syndrom" assez typique, chez un homme de 38 ans, avec asthénie, nausées, malaises post-prandiaux. Traitement diététique, améliorant le malade.

- 1 mois 1/2 après hémigastrectomie pour ulcus de l'angle, avec Péan, le malade se plaint de douleurs épigastriques, vomissements. Anastomose normale à la radio. On prescrit un traitement médical.

- 1 mois après hémigastrectomie avec Polya, pour ulcère du bulbe, melæna minime et quelques douleurs. Anastomose fonctionnelle à la radio. Disparition des troubles sous traitement médical.

- Enfin, dans 5 cas, la surveillance a constaté un amaigrissement isolé, par rapport au poids avant l'hospitalisation.

Ainsi, sur 43 sujets opérés, et pour lesquels l'évolution a été connue, 10 ont présenté des troubles fonctionnels ou organiques, soit 23,3 % des cas, troubles plus ou moins graves et plus ou moins durables. Parmi eux, notons une stomite après anastomose gastro-jéjunale (2,3 % des cas), un "dumping-syndrom" (2,3 % des cas). Ce dernier chiffre est fort inférieur au pourcentage donné par M. Conte (33 % des gastrectomies) ou à celui de D. Blanc, C. Fevier, A. Thénot (40 % des opérés de l'estomac). Sans doute cela s'explique-t-il, au moins en partie, par le fait que nos malades n'ont pu être systématiquement surveillés pendant longtemps.

On note un amaigrissement chez 7 sujets (soit 16,2 %) ; le chiffre de 20 % est donné par D. Blanc, C. Fevier, A. Thénot. On a lutté contre cette perte de poids par des mesures diététiques, mais pas toujours avec succès.

Enfin, il faut faire remarquer qu'un certain nombre de ces dix sujets ayant présenté des troubles a retrouvé un état tout à fait normal au bout d'un certain temps.

b) - Evolution sans aucun trouble.

Après leur sortie, 28 sujets (65 %), surveillés comme il a été dit plus haut, ne se sont plaints d'aucun trouble organique ou même fonctionnel sérieux, et on a constaté chez eux un bon ou très bon état général, sans trouble digestif ni douleur, et même dans certains cas, une prise de poids depuis leur sortie, n'atteignant cependant qu'assez rarement le poids d'avant l'hospitalisation.

II - LES HÉMORRAGIES NON OPÉRÉES

A/ - Quelles sont les hémorragies qui n'ont pas été opérées?

Dans 44 cas, on n'est pas intervenu chirurgicalement lors de la première hospitalisation du malade (mais 2 sujets ont été opérés ultérieurement à l'occasion d'une nouvelle hémorragie).

Les raisons pour lesquelles l'intervention n'a pas été pratiquée sont diverses.

- . Dans 6 cas, c'est le malade qui l'a refusée.

C'est donc dans 38 cas sur 92 que l'indication opératoire n'a pas été posée lors de la première hospitalisation (41 % des cas).

- . Parmi eux, 7 fois le malade est décédé avant même qu'une réanimation suffisante ait pu autoriser l'acte chirurgical.

- . Les 31 autres malades n'ont reçu qu'un traitement médical pour une ou plusieurs des raisons qui suivent :

- parce que l'hémorragie, assez minime, était révélatrice de l'ulcère et qu'elle s'était arrêtée rapidement (20 cas),

- parce que le sujet était jeune ou que le traitement anti-ulcéreux n'avait jamais été bien suivi,

- dans quelques cas, à ces différentes raisons s'est ajoutée la notion d'une prise médicamenteuse ayant pu jouer un rôle dans le déclenchement de l'accident hémorragique.

Dans tous ces cas, un traitement anti-ulcéreux complet a été mis en route pendant le séjour du malade dans le service, et poursuivi en ambulatoire après sa sortie, traitement comprenant en règle repos, régime alimentaire, anticholinergiques, pansements gastriques, anti-acides, et vitaminothérapie C, ainsi que tranquillisants.

B/ - Evolution des hémorragies non opérées.

1) - Evolution mortelle.

Elle s'est produite dans 7 cas, après des hémorragies le plus souvent abondantes, ayant entraîné un grave retentissement général, avec, pour la majorité des sujets, un choc qui n'a pu être jugulé malgré les efforts de la réanimation. Le taux de mortalité a donc été de près de 16 %.

2) - Evolution non mortelle.

- Comme pour les sujets opérés, ceux qui ne l'ont pas été se sont vus invités à venir en consultation, 1 à 2 mois après leur sortie, pour juger de l'évolution.

Sur 37 malades (44 moins les 7 décédés), 14 n'ont pas été revus après leur sortie, 23 ont pu être suivis pendant une période variable, allant de 1 mois à 5 ans.

a) - Evolution avec troubles.

Six malades ont présenté des troubles ulcéreux après leur sortie, soit 20 % des 30 non opérés dont l'évolution a été connue.

. 2 sujets se sont plaints, 4 mois après leur sortie, de douleurs épigastriques, qui ont fait renforcer le traitement médical.

. Dans 2 autres cas on a noté, 1 et 4 mois après la sortie, des troubles à type de nausées et vomissements.

. Enfin, 2 autres malades ont présenté, l'un une seconde hémorragie 3 mois après la première, conduisant à l'intervention, l'autre une seconde hémorragie 2 ans après, puis une 3ème, 3 ans plus tard, l'amenant -celle-là - au bloc opératoire.

Il est vraisemblable que le chiffre de 20 % de troubles est un peu inférieur à la réalité, car l'évolution n'a pu être contrôlée pendant suffisamment longtemps.

Les hémorragies récidivantes.

Si l'on reprend l'ensemble des 92 hospitalisations, on s'aperçoit que dans 16 cas il y avait déjà eu des hémorragies dues au même ulcère avant le saignement ayant entraîné l'hospitalisation au cours de la période étudiée. Et, nous l'avons vu, chez 2 autres sujets, il y a eu 1 ou 2 autres récidives après leur premier séjour.

Au total, 18 sujets ont présenté plusieurs hémorragies ulcéreuses (15 fois par ulcère duodénal, 3 fois par ulcère gastrique) :

- 2 hémorragies pour 11 sujets	
- 3 " 4 "	
- 4 " 2 "	
- 5 " 1 "	

La deuxième hémorragie est apparue au minimum 1 mois après la première, au maximum 25 ans après. Sur 92 sujets, le premier saignement a été suivi 11 fois d'un second dans les 2 ans qui lui ont succédé (11,9 % des cas).

Chaque récidive est survenue chez un sujet qui n'avait pas été opéré lors du saignement précédent.

b) - Evolution sans aucun trouble.

Pour 17 sujets (56,7 %), qui ont été surveillés pendant 1 mois à 5 ans, aucun trouble n'a été noté.

III - COMPARAISON DES RESULTATS SELON LE TRAITEMENT (chirurgie ou traitement médical).

Il est certes difficile de comparer les résultats de l'intervention et du simple traitement médical au cours des hémorragies ulcéreuses, et il faut rappeler que le premier type de traitement est le seul qui mette définitivement à l'abri d'une récidive, même s'il est, dans un certain nombre de cas, à l'origine de complications fonctionnelles ou organiques.

Tableau 16

Résultats des traitements médical et chirurgical.

	50 opérés		44 non opérés (à la première hospitalisation)	
	Nombre	Pourcentage des sujets dont l'évo- lution a été connue	Nombre	Pourcentage des sujets dont l'évolu- tion a été connue
Nombre de morts	5	11, 7 %	7	23, 3 %
Troubles après la sortie	10	23, 3 %	6	20 %
Pas de trouble après la sortie	28	65 %	17	56, 7 %
Evolution incon- nue après la sortie	7		14	

Nous avons néanmoins réuni, dans le tableau 16, les résultats obtenus avec ces 2 méthodes.

On y voit que le pourcentage de décès est plus élevé parmi les sujets n'ayant pas été opérés, ce qui incite, dans les hémorragies graves, à savoir intervenir à temps.

Parmi les sujets qui ont pu être suivis après leur sortie, la proportion de ceux qui ont présenté des éléments pathologiques et de ceux qui n'en ont pas présenté, est à peu près identique pour les 2 méthodes (avec cependant un plus grand pourcentage d'absence de troubles pour les opérés).

Mais il faut remarquer que le nombre de malades dont l'évolution n'a pas été connue après la sortie est bien plus important parmi les non-opérés, et que, parmi eux, ont pu survenir, ou pourront survenir, des complications, en particulier des récidives hémorragiques. D'autre part, certains opérés ont présenté des troubles assez précocement après leur intervention, troubles qui ont disparu par la suite.

CONCLUSIONS

Notre étude a porté sur 92 hémorragies digestives ulcéreuses, et a été réalisée d'après des observations provenant du service de chirurgie générale du Dr. G. Cl. Simon, au Centre Hospitalier de Montfermeil.

Ce travail a porté sur une période de 12 ans et nous a permis de retirer des informations de différents ordres.

. Des variations dans la fréquence de cette complication ulcéreuse, selon les périodes de l'année, ont pu être mises en évidence, spécialement pour l'étiologie gastrique et les hémorragies de la femme : cette fréquence est en effet apparue particulièrement grande en automne.

. La notion bien connue d'hémorragies plus fréquentes dans les ulcères gastriques que dans les ulcères duodénaux a été objectivée à nouveau.

. Le délai d'apparition de l'hémorragie au cours de la maladie ulcéreuse est bien souvent assez court, et le pourcentage d'hémorragies révélatrices que nous avons trouvé est élevé (31 %), plus élevé que celui donné par certains auteurs.

. Sur le plan des caractères du saignement, celui-ci s'est manifesté typiquement par l'association hématoméso-melaëna, et il a été le plus souvent générateur d'un retentissement grave ou moyen.

. Notre statistique a fait ressortir, chez la femme, un taux d'hémorragies dans les ulcères proportionnellement plus élevé que chez l'homme, ainsi qu'un pourcentage

d'ulcères gastriques important (55 %, contre à peine 29 % chez l'homme). Dans le sexe féminin encore, l'âge d'apparition de l'hémorragie s'est avéré plus tardif, et le saignement plus grave, que dans le sexe masculin.

. En ce qui concerne le rôle déclenchant de certains médicaments, il est apparu sans conteste dans plusieurs cas.

. Pour ce qui est du diagnostic étiologique de l'hémorragie, son pourcentage a été plus élevé avec le transit baryté qu'avec la fibroscopie, mais il faut rappeler que l'introduction de celle-ci est relativement récente et qu'elle peut donc voir ses résultats améliorés.

. La conduite thérapeutique a été variable. La gastrectomie partielle est la seule méthode de traitement qui soit complète et définitive, cependant elle peut être, dans certains cas, responsable de différents troubles, et il paraît parfois possible de tenter le seul traitement médical pour des hémorragies révélatrices et minimes, survenant chez des sujets jeunes, pour lesquels cette intervention reste malgré tout un acte sérieux. Rappelons que l'indication opératoire a été posée dès la première hospitalisation dans 59 % des cas. Le taux de mortalité s'est révélé être moins élevé pour les hémorragies opérées (10 %) que pour les hémorragies non opérées (16 %).

Vu, le Président de Thèse

Pr. C. CABROL

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. P. CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1 - ADLOFF M.

Diagnostic et traitement d'urgence d'une hémorragie digestive.

Encycl. Méd. Chir., Paris, Urg. 5-1970, 24042 A 10, 1 - 7.

2 - ADLOFF M., KOHLER J. J.

La place de la vagotomie dans le traitement des hémorragies ulcéreuses massives.

Presse Méd., 22 nov. 1969, 77, n° 49, 1813-1814.

3 - ANDRE R., CONTE M., COMBRISSE A., GAULIN P.

Mesures de masse sanguine et hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

Presse Méd., 1961, 69, n° 44, 1913-1915.

4 - AUGUSTE Ch., RIBET M., GUERIN F., LESCUT T.

Le syndrome de l'anse afférente.

Presse Méd., 1963, 71, 1021-1024.

5 - BERNADES P.

Complications des ulcères gastro-duodénaux.

Rev. de Méd., 12 oct. 1970, n° 34, 2013-2014.

6 - BERNADES P.

Traitement médical et chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal.

Rev. de Méd., 12 oct. 1970, n° 34, 2019-2026.

- 7 - BERT J. -M. , FASSION E. , DAVOUZE R. , NGUYEN C. M. , SULTANA S.

Hémorragies digestives et ulcères gastro-duodénaux par ingestion d'aspirine. Remarques à propos de 20 observations.

Arch. Mal. App. Dig. , Nov. 1962, 51, n° 11, 1457-1460.

- 8 - BIGOT R. , GOLDLUST D.

Conduite de l'examen radiologique dans les hématomèses.

Vie Méd. , Sept. 1971, n° 29, 3381.

- 9 - BLANC D. , FAVIER C. , THENOT A.

Ulcères gastro-duodénaux.

Perfectionnement du praticien, 25 oct. 1972, n° 89, 23-52.

- 10 - BOCKUS H. L.

Gastro-enterology, Vol. 1, Chap. 28-29, Saunders édit.

- 11 - BODIN F. , CONTE M.

Les hémorragies digestives après ingestion de médicaments anti-inflammatoires.

Sem. Hôp. Paris, 1969, 45, 887.

- 12 - CAPELLE P. , BITOUN A. , BOGNEL J. C. , COFFIN J. C. , HUGUIER M. , LIGUORY C.

La fibroscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes.

Vie Méd. , Nov. 1973, n° 36, 4565.

- 13 - CHINN A. B. , LITTEL A. S. , BADGER G. F. , BEAMO A. J.

Hémorragie aiguë de l'ulcère gastro-duodéal.

New-England J. Méd. , 1950, 255, n° 21, 973-978.

- 14 - CONN J. H. , HARDY J. D. , FAIN W. R. , CHAVEZ C. M.

Hémorragie massive d'ulcère gastro-duodénal.
Evaluation des méthodes de contrôle chirurgical.
Ann. Surg., Mai 1969, 169, n° 5, 784-789.

- 15 - CONTE M.

Hémorragies digestives.
In Gastro-entérologie (Conte M. et Bonfils S.).
Flammarion édit., 42.

- 16 - CONTE M. , FOUET P. , BODIN F. , LIGUORY C.

Radiographies et endoscopie digestive en urgence au
cours des hémorragies digestives.
Ann. Méd. Int., 28 Nov. 1969.

- 17 - CORNET A.

Diagnostic et traitement des hématémèses de l'adulte.
Presse Méd., 1958, 66, n° 62, 1399-1402.

- 18 - CORNET A. , TERRIS G.

Complications des ulcères gastro-duodénaux.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Estomac-Intestin, 3-1965,
9022 A 10, 1-3.

- 19 - CROHN B. B.

Need for aggressive therapy in massive upper gastro-
intestinal bleeding.
J. A. M. A., 1953, 151, 625.

- 20 - CUKIER J. , CABROL C.

A propos d'un cas d'association de perforation et
d'hématémèse ulcéreuses.
Mém. Acad. Chir., 4-11 Mai 1960, 86, n° 14-15,
440-444.

- 21 - DEBRAY Ch. , CRESPON B. , HAUSSET P. , CERF M.

L'endoscopie oeso-gastrique d'urgence dans les hémor-
ragies digestives hautes.
Gazette Médicale de France, 1972, 79, 5649-5659.

- 22 - DELANNOY E., GAUTHIER P., SOULIER A.,
LEMAITRE G.

L'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies graves d'origine gastro-duodénale.

Presse Méd., 1952, 60, n° 12, 236-239.

- 23 - DE THOMASSON J.

Complications aiguës des ulcères gastro-duodénaux.

Encycl. Méd. Chir., Paris, Urg., 6-1963, 24073 A 10, 1-3.

- 24 - DE THOMASSON J.

L'ulcère duodénal chez la femme.

Encycl. Méd. Chir., Paris, Estomac-Intestin, 4-1970, 9021 C 10.

- 25 - DE THOMASSON J.

Place des différentes attitudes thérapeutiques en cas d'hémorragies massives par ulcère gastro-duodénal.

Encycl. Méd. Chir., Paris, Urg., 10-1970 C, 24073 A 10.

- 26 - DORTON H. E.

Le "dumping syndrome" (syndrome d'évacuation accélérée) et la diarrhée après vagotomie-pyloroplastie.

Surg. Gyn. Obst., Déc. 1969, 129, n° 6, 1267-1268.

- 27 - DUPUY P., COULBOIS J.

L'endoscopie d'urgence en gastro-entérologie.

Revue du Praticien, 1971, 21, 2615-2623.

- 28 - DUPUY R.

La maladie ulcéreuse.

Paris, 1958, Maloine édit.

- 29 - EDELMAN G.

Hématémèse grave par ulcération gastrique aiguë, consécutive à l'absorption massive d'aspirine.

Arch. Mal. App. Dig., Juin 1959, 48, n° 6, 707-711.

30 - FAUVERT R.

L'état nutritionnel des gastrectomisés.
Acquisitions médicales récentes, Paris 1953, Flammarion édit., 311-320.

31 - FERRIER J. P., CAULIN Ch.

Diagnostic d'une hémorragie gastro-intestinale.
Conduite à tenir d'urgence.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Estomac-Intestin, 3-1968,
9006 A 10, 1-6.

32 - FISHER R. D., EBERT P. A., ZUIDEMA G. D.

Treatment of massive ulcer hemorrhage.
Arch. Surg., 1966, 92, 902.

33 - GARDNER B., BARONOFSKY J. D.

Massive bleeding in duodenal ulcer.
Bull. New York Acad. Med., 1959, 35, 654.

34 - GUTMANN R. A.

Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
1er vol., Paris, 1952, Doin édit.

35 - HOUSSET P., DEBRAY Ch.

Fibroscopie digestive.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Estomac-Intestin, 10-1973,
9012 A 10.

36 - HILLEMAND B.

Les complications locales de la chirurgie gastrique
(ulcères anastomotiques exclus).
Rev. Prat., 1er Juin 1970, XX, n° 16, 2661-2675.

37 - HIVET M.

Les principales techniques chirurgicales dans l'ulcère
gastro-duodénal.
Vie Méd., Mars 1972, 10, 1169.

38 - IVY A. C. , GROSSMAN M. S. , BACHRACH W. H.

Peptic ulcer.

The Blakiston Camp. , edit. , Philadelphie, 1950.

39 - LAGACHE G. , SOOTS G.

A propos de 132 hémorragies gastro-duodénales aiguës.

Arch. Mal. App. Dig. , 1957, 46, n° 11, 1114-1121.

40 - LAGADEC B.

Le traitement chirurgical des ulcères hémorragiques gastro-duodénaux.

Vie Méd. , Mars 1972, 10, 1179.

41 - LAMBLING A. , BONFILS S. , BARATAGIN

Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

Etude de 254 observations.

Arch. Mal. App. Dig. , 1957, 46, n° 3, 113-141.

42 - LAMBLING A. , CACHIN M. , CONTE M. , BONFILS S. ,
CONTE-MORTI (Mme), LEVILLAIN L. E. , RICHIER C.

Les lésions gastriques provoquées par les dérivés cortisoniques. Etude humaine et expérimentale.

Presse Méd. , 1957, 65, 1695.

43 - LAZORTHES F.

Indications de la chirurgie dans les ulcères gastro-duodénaux.

Encycl. Méd. Chir. , Paris, Estomac-Intestin, 4-1973, 9023 L 10.

44 - LEGER L. , DETRIE Ph. , ARNAVIELHE J. , GUYET P.

Ulcérations aiguës hémorragiques de l'estomac.

Presse Méd. , 1957, 65, n° 51, 1188-1191.

45 - LEVRAT M. , LAMBERT R.

Hémorragies digestives et ulcères gastro-duodénaux déclenchés par la Réserpine.

Arch. Mal. App. Dig. , Av. 1959, 48, n° 4, 426-433.

46 - LEVRAT M., LAMBERT R., MARTIN F.

Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.
Arch. Mal. App. Dig., 1961, 50, 865.

47 - LEVRAT M., PASQUIER J., LAMBERT R., TISSOT A.,
MOULINIER B., CHAMPAGNAT C.

Le traitement des hématomés graves par la réfrigé-
ration oeso-gastrique.
Arch. Mal. App. Dig., 1967, 56, 1257.

48 - LORTAT-JACOB J. L., RICHARD C. A.

Ulcères gastro-duodénaux : traitement chirurgical.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Estomac-Intestin, 5-1961,
9023 L 10.

49 - MERCADIER M.

Traitement chirurgical des hémorragies ulcéreuses
(sur une série homogène de 22 cas).
Arch. Mal. App. Dig., Nov. 1957, 46, n° 11, 1088-1100.

50 - MERCADIER M., HAUTEFEUILLE

Indications et résultats du traitement chirurgical des
hémorragies digestives ulcéreuses.
Arch. Mal. App. Dig., Déc. 1959, 48, n° 12, 1629-1643.

51 - OPOLON P., HIVET M., CHEVREL J. P., CHENARD
J. C., MUSSY F., CAROLI J.

Hémorragies digestives cataclysmiques. Diagnostic
par artériographie sélective d'urgence.
Arch. Mal. App. Dig., 1968, 57, 789.

52 - PATEL J. C.

Où en est la congélation gastrique pour ulcère ?
Presse Méd., 1964, 27, 1593.

53 - PICARD R., KERNEIS J., GORDEEF A.

Substratum anatomique des grandes hémorragies ulcé-
reuses.
Arch. Mal. App. Dig., 1959, n° 7-8bis, 19-42.

54 - PORS NIELSEN S. , AMDRUP E.

Mortalité après traitement chirurgical pour hémorragie gastro-duodénale massive.

Acta. Chir. Scand. , 1969, suppl. 396, 29-35.

55 - RIGNAULT D.

Complications et séquelles de la chirurgie gastrique.

Encycl. Méd. Chir. , Paris, Estomac-Intestin, 5-1971, 9029 A 10 - 9029 D 10.

56 - ROSS J. R.

Post-gastrectomy syndromes and their management.

Surg. Clin. N. Amer. , 1971, 51, 615-632.

57 - THORDEN W. B. , WESTERN P. , TANAKA Y. ,
MORRISEY J. F.

Aspirin injury to the gastric mucosa.

Gastro-camera observations of the effect of pH.

Arch. Intern. Med. , 1968, 121, 499.

58 - VERGOZ D. , NAJMAN A. , VIOLETTES Th. ,
SARRADE-LOUCHEUR Cl. , NADRE R.

Hémorragies digestives et hémophilie atténuée.

Presse Méd. , 1968, 76, 1513.

59 - WANGENSTEEN O. H. et coll.

Depression of gastric secretion and digestion by gastric hypothermia, its clinical use in massive hematemesis.

Surgery, 1958, 44, n° 2, 265-274.

60 - WEILL F.

Les indications de l'artériographie d'urgence dans les hémorragies digestives et notamment les hématémèses.

Vie Méd. , Oct. 1973, n° 30, 3661.

61 - WILLOCX R. G.

Eléments de pronostic des hémorragies par ulcère chronique gastrique et duodéal.

Acta. gastro-entérol. belg. , 1962, 25, 685-708.

- 62 - WISSMER B. , FOHRLANDER H. , HAFTER E. , HESS W. , WERTHEMANN H.

Epidemiology and clinical aspects of peptic ulcer in Switzerland.

In Rapports Congrès médical de gastro-entérologie. Williams a Wilkins, édit. , Baltimore, 1958.

- 63 - WOODWARD E. R.

The post-gastrectomy syndromes.

Springfield, 1963, Thomas édit.

TABLE DES MATIERES

	Pages
CHAPITRE I	
Répartition des hémorragies selon les années et les périodes de l'année	3
CHAPITRE II	
Topographie des ulcères responsables	7
CHAPITRE III	
Age du début de l'ulcère	11
CHAPITRE IV	
Age de survenue de la première hémorragie digestive par ulcère	17
CHAPITRE V	
Délai de survenue de l'hémorragie au cours de la maladie ulcéreuse	21
CHAPITRE VI	
Les caractères de l'hémorragie	25
I — Type de l'hémorragie	25
II — Retentissement général de l'hémorragie	27
III — Mécanisme de l'hémorragie	29
CHAPITRE VII	
Différentes variations selon le sexe	31
I — Répartition des hémorragies selon les saisons	31
II — Topographie de l'ulcère en cause	32
III — Age de début de l'ulcère	33
IV — Age de la première hémorragie	37
V — Gravité des hémorragies selon le sexe	37

CHAPITRE VIII

Eléments pathologiques associés	41
I — Association perforation - hémorragie	41
II — Association à un éthylisme	42
III — Association à une insuffisance respiratoire chronique ..	43

CHAPITRE IX

Rôle des médicaments hémorragipares	45
---	----

CHAPITRE X

Mode de diagnostic étiologique de l'hémorragie	47
I — L'interrogatoire	47
II — La radiologie	48
III — Intervention et autopsie	48
IV — La fibroscopie digestive	48
V — L'artériographie sélective du tronc cœliaque en urgence	50

CHAPITRE XI

Traitement et évolution	51
I — Les hémorragies opérées	52
A — Les différents types d'intervention	53
B — Evolution des hémorragies opérées	56
II — Les hémorragies non opérées	59
A — Quelles sont les hémorragies qui n'ont pas été opérées ? ..	59
B — Evolution des hémorragies non opérées	60
III — Comparaison des résultats selon le traitement	61

CONCLUSIONS	65
-------------------	----

BIBLIOGRAPHIE

